

## IZ RECENTNE LITERATURE

**Practitioner Review: Borderline Personality Disorder in Adolescence – Recent Conceptualization, Intervention, and Implications for Clinical Practice.** Autori: Carla Sharp i Peter Fonagy, objavljeno u časopisu *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2015.; 56:12, str. 1266 – 1288.

### Ivan Begovac

Psihijatar, supspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije, grupni analitičar, Institut za grupnu analizu, Hrvatsko psihoanalitičko društvo

*/ Psychiatrist, subspecialist in child and adolescent psychiatry, group analyst, Institute for Group Analysis, Croatian Psychoanalytic Society*

Riječ je o preglednom članku koji su napisali autori ponukani važnim znanstvenim istraživanjima posljednjih desetljeća u vezi s poremećajem ličnosti i graničnim poremećajem ličnosti kod adolescenata (GPLA). U ovom radu prikazani su najnoviji podatci o fenomenologiji, prevalenciji, dodatnim kliničkim problemima, etiologiji i liječenju GPLA-a.

Donedavno se izbjegavalo postavljati dijagnoze GPLA-a jer se smatralo da će to biti stigmatizirajuće. Postojalo je pitanje je li uopće moguće dijagnosticirati poremećaje ličnosti u adolescenciji jer ona podrazumijeva nešto definirano i stabilno, a razvoj je i dalje prisutan. Međutim, danas prevladava mišljenje da je GPLA validna i pouzdana dijagnoza. GPLA je povezan s velikim komorbiditetom, koji uključuje eksternalizirajuće (agresivno ponašanje) i internalizirajuće poremećaje (anksiozne poremećaje,

depresiju, socijalno povlačenje). Dodatni klinički simptomi kompliciraju kliničku sliku, na primjer, samoozljeđivanje i zloraba droga ili alkohola. Granični poremećaj ličnosti počinje se razvijati većinom u adolescenciji.

DSM-5 definira poremećaje ličnosti unutar kontroverzne rasprave jesu li poremećaji ličnosti kategorijalne dijagnoze ili su kombinacija ekstremnih dimenzija ličnosti. DSM-5 poremećaje ličnosti svrstava u dva paralelna sustava, naime, u sekciji 2. svrstava ih prema kategorijama, slično kao u DSM-4, međutim, u sekciji 3. ostavlja mogućnost njihova dimenzionalnog promatranja, a takav pristup bit će, čini se, i u novoj međunarodnoj klasifikaciji MKB-11.

Temeljni dijagnostički simptomi GPLA-a jesu poremećaj identiteta (posebno kod djevojaka), neprimjeren i intenzivan bi-

jes; paranoidne ideacije (posebno kod dječaka), kroničan osjećaj praznine (uz namjerno samoozljeđivanje te sklonost disocijaciji). Markeri su u dječjoj dobi dječji psihički poremećaji (ADHD; opozicijsko ponašanje) te ostali ponašajni problemi (kontrolirajuće ponašanje prema figuri privrženosti, slabo definiran osjećaj *selfa*, neprijateljsko i nepovjerljivo gledanje na svijet, relacijska agresija, intenzivni izljevi bijesa te afektivna nestabilnost). Smatra se da je prevalencija GPLA-a od 1 % do 5 %, a klinička slika teža je u adolescenciji nego u odrasloj dobi. U odrasloj dobi simptomi su umjereni i stabilni. Dijagnoza GDPA-a prediktivna je za razvoj daljnjih oštećenja u odrasloj dobi, iako se simptomi GDPA-a s vremenom mogu ublažiti. Tijekom poremećaja vjerojatno postoji bidirektivan odnos različitih simptoma (eksternalizirajući i internalizirajući) u odnosu na socijalno funkcioniranje adolescenata (koje uključuje i psihosocijalnu adaptaciju). Dijagnostičari trebaju oscilirati između promatranja simptoma kao nečega prolaznog i nečega što prelazi u stabilno stanje koje utječe na funkcioniranje ličnosti.

Riječ je o etiopatogenetski kompleksnom poremećaju koji uključuje od genetske, neurobiološke i socijalno-psihološke čimbenike (npr. impulsivnost, emocionalnu disregulaciju, bijes, afektivnu nestabilnost, hiperpodražljivost i hipermentaliziranje itd.), kontekstu-

alno rizične čimbenike i čimbenike ranjivosti (npr. dezorganizirana privrženost, disfunkcionalno roditeljstvo) te kontekstualne čimbenike zaštite (npr. sigurna privrženost, spremnost na relaciju, stvarno povjerenje). Navedeni čimbenici mogu se uklopiti u poznati model stres-dijateza. Na primjer, konstitucionalni čimbenici (npr. anksiozan ili agresivan temperament) i okolišni čimbenici (rizični čimbenici, trauma, roditeljstvo, šira okolina djeteta) zajedno imaju ulogu u etiopatogenezi poremećaja, međutim, ako postoji više čimbenika, veća je mogućnost za razvoj poremećaja. Sa psihodinamske točke gledišta, posebno je zanimljiv odnos privrženosti kao transgeneracijske osnove i mentalizacijske sposobnosti djeteta.

U radu se zagovaraju rana detekcija poremećaja koji je inače dugotrajan i rana intervencija. Za ranu detekciju primjenjuje se klinički intervju s dodatnim instrumentima za probir. Dijagnostiku GPLA-a treba rutinski primjenjivati u svojem kliničkom radu.

Nekoliko vrsta terapije primjenjuje se u ranoj intervenciji kod GPLA-a:

- *Helping Young People Early* (HYPE),
- *Emotion Regulation Training* (ERT).

Program HYPE uključuje sustavni program i individualnu terapiju. U njemu se provodi kognitivno-analitička terapiju. Program ERT integrira kognitiv-



no-bihevioralnu terapiju i elemente sustavne terapije.

U današnje vrijeme postoji velik broj terapija koje se primjenjuju u liječenju BPLA-a. Empirijski utemeljene terapije jesu kognitivno-analitička tehnika, terapija zasnovana na mentalizaciji, dijalektičko-bihevioralna terapija i terapija zasnovana na transferu. Kognitivno-analitička terapija integrira psihoanalitičke terapije i kognitivnu psihologiju. Terapija zasnovana na mentalizaciji koncipirana je tako da se potiče mentalizacijska sposobnost adolescenta, koja se još razvija. Poboljšanje se objašnjava boljom mentalizacijom, reduciranjem izbjegavanja privrženosti te poboljšanjem i smanjenjem akutnih simptoma GPLA-a. Dijalektičko-bihevioralna terapija temelji se na bihevioralnim terapijama te elementima zen-budizma u smislu usmjerenosti na emocionalnu disregulaciju, toleranciju distresa i probleme u međuljudskim odnosima. Terapija zasnovana na transferu temelji se na psihoanalitičkoj teoriji objektnih odnosa i na manualiziranom pristupu. Zajedničko je svim terapijama da terapijski djeluje više čimbenika:

1. uloženi napor u validaciji potrebe za terapijom, s posebnim osvrtom na ponašanje koje može ometati terapiju;
2. validan model psihopatologije;

3. aktivan pristup terapeuta, uz pokazivanje empatije i usmjerenosti na stvaranje sigurne privrženosti;
4. poticanje stvarnog povjerenja u terapiji, osjećaj da se u terapiji može nešto naučiti;
5. fokus je procesiranje emocija i povezivanje akcije s osjećajem, npr. povezivanje suicidalne ideacije s osjećajima ostavljenosti;
6. okvir liječenja definiran je više partnerskim odnosom u smislu aktivnosti, proaktivnosti samoreguliranja;
7. preporučuje se da terapije budu manualizirane;
8. terapeut i pacijent moraju se usuglasiti o načinu terapije;
9. važna je supervizija terapije.

Buduća istraživanja bit će usmjerena na daljnje jačanje jasnoće dijagnostičkog procesa u različitim oblicima liječenja. Randomizirana klinička istraživanja o primjeni terapijskih tehnika nisu provedena na adolescentima, stoga treba i dalje znanstveno uspoređivati različite vrste terapija s naglaskom na ranoj terapiji i prevenciji. Potrebna su longitudinalna istraživanja u populaciji da bi se razjasnio kompleksan transakcijski proces koji pridonosi razvoju GPLA-a, odnosno izdvojiti čimbenici koji mogu biti rizični za razvoj poremećaja.